

2019

# DOSSIER D'ADHESION

## Arrondissement de Saumur

Salariés  
éloignés  
(Circulaire DGT n°1  
Du 05/02/2007)



Santé travail  
**CHOLET • SAUMUR**

34 boulevard de la Victoire  
BP 50008 – 49308 CHOLET Cedex  
Tél. : 0.241.491.070.  
Fax.: 0.241.491.073.  
<http://stcs.sante-travail.net>

## Adhérer, mode d'emploi :

1. Prendre connaissance des documents suivants :
  - Statuts et règlement général de notre association, consultables sur notre site internet <http://stcs.sante-travail.net/adhesion-stcs>
  - Grille Tarifs 2019 (feuillelet 3a).
2. Remplir les feuillelets suivants :
  - Bulletin d'adhésion (feuillelet 1a recto verso),
  - Liste des salariés (feuillelet 2a), merci d'y faire figurer les coordonnées du médecin du travail du service de santé principal et le nom du service.

*Pour vous aider à compléter ces feuillelets, se référer à l'information sur les Surveillances Individuelles Renforcées (SIR) figurant au verso du feuillelet 2a et à la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles (Codes PCS-ESE) listées sur le site de l'INSEE :*

<https://www.insee.fr/fr/information/2912545>

3. Payer les droits d'entrée selon les modalités de paiement (feuillelet 3a),
4. Votre adhésion concernant des salariés éloignés, fournir :
  - La fiche entreprise ou d'établissement remise à l'entreprise par le service principal de santé au travail,
  - Le compte-rendu de la séance du comité d'entreprise au cours de laquelle la consultation a été faite sur le choix d'adhérer au service de santé de proximité

**Retourner les documents suivants à l'adresse figurant sur votre bulletin d'adhésion :  
feuillelets 1a + 2a + droits d'entrée + fiche entreprise + compte-rendu comité d'entreprise.**

## Une fois votre dossier complet validé par notre service, vous recevrez les documents suivants :

- Un récépissé d'adhésion précisant votre numéro d'adhérent, le nom du médecin du travail qui sera chargé de suivre vos salariés et les coordonnées de son secrétariat pour la prise des rendez-vous ,
- Une facture acquittée du montant des droits d'entrée,
- Une note sur la réforme de la santé au travail,
- Un schéma sur le suivi initial et périodique de l'état de santé des salariés sous l'autorité du médecin du travail.

Cadre réservé au service

Date d'enregistrement :

N° Adhérent :

Médecin :

## ADRESSE ETABLISSEMENT ADHERENT

(Adresse où toute la correspondance sera adressée exceptées la facturation et les convocations si adresses différentes)

Forme juridique : .....

Raison sociale : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Code NAF [ ][ ][ ][ ][ ] Activité : .....

N° SIRET [ ]

Nom/Prénom du dirigeant : .....

.....

Tél fixe : .....

Tél portable : .....

Fax : .....

Email : .....

**EFFECTIF  
SALARIES**

SIS(\*)

SIR(\*\*)

(\*) Surveillances Individuelles Simples

(\*\*) Surveillances Individuelles Renforcées (cf verso du feuillet 2a)

## ADRESSE DE CONVOCATION

(Adresse où seront envoyées les convocations si différente de l'établissement adhérent)

Raison sociale : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Personne à contacter : .....

.....

Fonction : .....

Tél fixe : .....

Tél portable : .....

Fax : .....

Email : .....

## ADRESSE ETABLISSEMENT PAYEUR

(Adresse de facturation si différente)

Raison sociale : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Personne à contacter : .....

.....

Fonction : .....

Tél fixe : .....

Tél portable : .....

Fax : .....

Email : .....

STCS s'engage à n'utiliser vos adresses emails qu'à des fins de communication entre notre service et votre entreprise.

## A propos de votre entreprise

- ☞ Avez-vous déjà été adhérent à STCS, si oui sous quel numéro d'adhérent ? .....
- ☞ Avez-vous réalisé votre **Document Unique d'Evaluation des Risques** ? Oui  Non   
(Décret n°2001-1016 du 05/11/2001)  
Si oui → Date de création ou mise à jour : .....
- ☞ Avez-vous identifié dans votre entreprise votre **réfèrent en santé et sécurité au travail** ? Oui  Non   
(Article L4644-1 du code du travail)  
Si oui → Nom et Email du réfèrent : .....
- ☞ Avez-vous un **Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de travail** ? Oui  Non   
Si oui → Nom du Président du CHSCT : .....  
Nom du secrétaire du CHSCT : .....  
Email du secrétaire du CHSCT : .....

Remarques/commentaires : .....

.....

.....

Je soussigné(e) : .....

Représentant de l'entreprise : .....

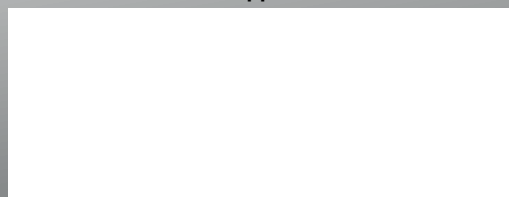
déclare adhérer à Santé Travail Cholet Saumur – 34 boulevard de la Victoire à Cholet

et m'engage de ce fait à me conformer aux droits et obligations résultant des lois et décrets concernant la Santé au Travail, ainsi qu'aux statuts et règlement général de ladite Association.

Cachet et signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

Fait à : .....

Le : .....



### A NOUS ADRESSER IMPERATIVEMENT

#### Service Adhésion

50 Rue du Pressoir  
BP 54152  
49403 SAUMUR CEDEX  
✉ i.guimier@sante-travail.net

- Bulletin d'adhésion (feuillelet n° 1a)
- Liste des salariés (feuillelet n° 2a)
- Fiche entreprise remise à l'entreprise par le service principal de santé au travail
- Compte-rendu comité d'entreprise
- Règlement des droits d'entrée :
- Ou Par chèque
- Par virement
- Date virement .....

*(Tout dossier incomplet ne sera pas traité)*

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE TRAVAIL/ DOMICILE (Commune)	TEL	Code PCS- ESE*	POSTE DE TRAVAIL	DATE D'ENTREE	SIS	SIR (cf verso)													
										AMIANTE	PLOMB	AGENTS CMR (Catégories 1A et 1B)	AGENTS BIOLOGIQUES (Groupe 3 et 4)	RAYONNEMENTS IONISANTS (Catégorie A)	RAYONNEMENTS IONISANTS (Autres que catégorie A)	RISQUE HYPERBARE	RISQUE DE CHUTE DE HAUTEUR (Montage démontage échafaudages)	MOINS DE 18 ANS AFFECTES A DES TRAVAUX DANGEREUX	TRAVAUX SOUS TENSION AVEC HABILITATION ELECTRIQUE	AUTORISATION DE CONDUITE (CA CES)	MANUTENTION MANUELLE DE CHARGE >55kg	AUTRES POSTES A RISQUES LISTES PAR L'EMPLOYEUR	
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

\*PCS-ESE : code des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise, comprenant 3 chiffres suivis d'une lettre se trouvant sur votre DADS /DSN ou site internet de l'INSEE <https://www.insee.fr/fr/information/2912545>

Cadre réservé au service

N° Adhérent

Raison sociale

Médecin

Service de Santé au Travail du siège

Nom du service : ..... Ville : .....  
Nom du médecin du travail : .....  
Tél : .....

Date :

Signature :

## Salariés soumis à une Surveillance Individuelle Renforcée

(Modalités définies par les articles L. 4624-2, R. 4624-22 à R. 4624-28 du Code du travail)

**Qui est concerné ?** : *Tout travailleur « affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ».*

### Les postes exposant les travailleurs :

- A l'amiante,
- Au plomb (Art. R. 4412-160),
- Aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) catégorie 1A et 1B (Art. R. 4412-60),
- Aux agents biologiques des groupes 3 et 4 (Art. R. 4421-3),
- Aux rayonnements ionisants (Catégorie A ou autres que catégorie A),
- Au risque hyperbare,
- Au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages.

### Les postes à risques nécessitant une aptitude spécifique :

- Les jeunes âgés de – de 18 ans affectés à des travaux dangereux,
- Les travaux sous tension avec habilitations électriques,
- Autorisations de conduite (CACES),
- Manutention manuelle de charges >55 kg.

### Autres postes à risques listés par l'employeur :

- L'employeur peut compléter la liste sous réserve d'avoir recueilli l'avis du ou des médecins du travail concernés, du CHSCT ou à défaut des délégués du personnel et, en cohérence avec l'évaluation des risques et la fiche d'entreprise.

L'employeur motive par écrit l'inscription de tout poste sur cette liste.

Cette liste est transmise au service de santé au travail, tenue à disposition de la DIRECCTE, mise à jour tous les ans.

## ADHESION

**DROITS D'ENTREE**..... **66,00 € TTC** (55,00 € HT)

Règlement par chèque ou virement à joindre impérativement avec le bulletin d'adhésion

Notre RIB : BPA Saumur Volney  
13807 00803 03019423643 16  
IBAN FR76 13807 00803 03019423643 16  
BIC CCBPFRPPNAN

(L'ordre de virement à votre banque devra comporter le **nom de votre entreprise** + le mot «**Adhésion**»)

Une facture acquittée vous sera adressée ultérieurement.

## COTISATIONS

☞ **Pour la 1<sup>ère</sup> année, votre cotisation sera facturée à l'occasion des visites d'embauche, qui marqueront l'entrée de votre salarié dans son suivi individuel de son état de santé, selon les tarifs suivants :**

**SALARIES HORS APPRENTI**..... **72,00 € TTC** (60,00 € HT)

**APPRENTI**..... **72,00 € TTC** (60,00 € HT)

☞ **Puis chaque année, en fonction de vos effectifs :**

**COTISATION ANNUELLE**..... **96,00 € TTC** (80,00 € HT)

(Forfait par salarié à régler au début de chaque année, pour les entreprises de moins de 10 salariés pour les salariés présents au 31/12/N-1, ainsi que pour chaque salarié recruté en cours d'année).

**COTISATION TRIMESTRIELLE**..... **24,00 € TTC** (20,00 € HT)

(Forfait par salarié à régler au début de chaque trimestre, pour les entreprises de plus de 10 salariés pour les salariés présents au 31/12/N-1, ainsi que pour chaque salarié recruté en cours d'année).

## COTISATION INTERIMAIRES

**VISITE PERSONNEL INTERIMAIRE**..... **88,80 € TTC** (74,00 € HT)

(Visites effectuées pour les salariés sous contrat intérimaire, factures adressées à l'agence intérimaire)

**Toute absence non excusée à une visite médicale 48 h à l'avance sera facturée à l'entreprise sur la base de 48,00 € TTC (40,00 € HT) dès l'absence constatée.**

**Il appartiendra à l'entreprise de solliciter un nouveau rendez-vous.**